

# 【日帰り人間ドック健診申込書】

(健診機関名)

御中

健診機関FAX：

宝グループ健康保険組合

〒600-8688

京都市下京区四条通烏丸東入

TEL:075-241-5118

番号間違いのないよう**健診機関にFAX送信**してください

## 【申込者記入欄】

保険証記号		保険証番号					
本人が受診	フリガナ 受診者名	男 女	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日
	オプション等	オプション	なし・あり ( )				
		胃部検査	バリウム希望 ・ 胃カメラ希望 ・ ( )				
	住所 (健診案内等の送付先)	〒					
	電話番号						
受診日	令和 年 月 日 ( )			予約： 済み ・ 未			
被扶養家族が受診	フリガナ 受診者名	男 女	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日
	オプション等	オプション	なし・あり ( )				
		胃部検査	バリウム希望 ・ 胃カメラ希望 ・ ( )				
	住所 (健診案内等の送付先)	〒					
	電話番号						
受診日	令和 年 月 日 ( )			予約： 済み ・ 未			

上記の受診を申し込みます。

令和 年 月 日

申込者(被保険者)【会社名】

【事業所名又は部課名】

【TEL】

【氏名】

印

人間ドック受診の方は、**検査料金の45,000円(消費税込)を超えた金額と下記の利用者負担金を窓口でお支払いください。**

対象者	利用者負担金額(一人あたり)	健保組合負担額(上限)
40歳以上	6,000円	39,000円
30歳以上40歳未満	12,000円	33,000円

\*年齢は利用日の属する年度末(3月31日現在)で計算してください。

\*30歳未満の方は、日帰り人間ドック補助の対象外です。(全額利用者負担)

\*この申込書は、健診機関から健保組合に送付(FAX)されます。また、検査結果は健保組合に通知されますので、その旨ご了解ください。

## 【健診機関記入欄】

健診機関ご担当者様は申込内容を確認のうえ、記入・押印後、当健保組合にFAX送信願います。

(FAX番号 075-241-5146)

\*上記受診者の予約を受け付けました。

決定受診日 本人：令和 年 月 日 ( )

家族：令和 年 月 日 ( )

令和 年 月 日

受診施設名：

印